



**Diana Maria
da Cruz Afonso**

**Perfil Terapêutico e Risco de Interacções
Medicamentosas nas Pessoas Idosas**



**Diana Maria
da Cruz Afonso**

**Perfil Terapêutico e Risco de Interações
Medicamentosas nas Pessoas Idosas**

Dissertação de mestrado apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizado sob a orientação científica do Doutor Francisco Pimentel, Professor Associado Convidado da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

Seria praticamente impossível nomear todos aqueles que, de forma mais ou menos intensa, marcaram o meu percurso e me ajudaram a alcançar os meus objectivos. Por isso, quero agradecer e dedicar este trabalho a todos os que me querem bem e me dão a força que necessito.

À memória dos meus avós, cujas vivências da infância têm perdurado na minha mente e feito compreender o vivido pelas pessoas idosas.

À memória do meu Pai, que não conheceu a velhice.

A todas as pessoas idosas.

Aos Professores: Professor Francisco Pimentel, Professora Liliana Sousa e Professora Alcione Silva e às minhas colegas de mestrado, a Susana e a Carolina.

À minha família e ao Jorge pelo incansável apoio.

o júri

presidente

Prof. Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa
Professora auxiliar c/ agreg. da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor José Pedro Lopes Nunes
Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Prof. Doutor Francisco Luís Maia Mamede Pimentel
Professor Associado da Universidade de Aveiro

palavras-chave

Idosos, medicação prescrita, interacções medicamentosas.

resumo

O objectivo deste trabalho consiste em caracterizar o perfil terapêutico das pessoas idosas.

Foi aplicado um questionário aos idosos com idades superior ou igual a 65 anos; sendo a idade mínima 65 anos e a máxima 93 anos.

A maioria dos idosos possui doenças crónicas e conhece os medicamentos que toma.

Consoante aumenta o número de medicamentos tomados pelos idosos, estes apresentam maior risco de interacções medicamentosas e consoante aumenta o número de prescritores de medicamentos, os idosos apresentam maior risco de interacções medicamentosas.

keywords

Aged people, medication prescribed, drug interactions.

abstract

The purpose of this work is to characterize the therapeutic profile of aged people.

A questionnaire was applied to aged people, with bigger or equal age to 65: the minimum age being 65 years and maximum 93 years. Most of them have chronic diseases and are familiar with de medicines that take.

As increases the number of medications taken by aged people, there is a greater risk of drug interactions, and as the number of prescribers of medications increases, they present greater risk of drug interactions.

SIGLAS

AVD – Actividades de Vida Diária

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

IB – Índice de Barthel

IAM – Interação Alimento - Medicamento

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

UQ – Unidade de Queimados

INDICE

	Pág.
0 – INTRODUÇÃO.....	11
1 - QUESTÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	13
1.1 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	13
1.1.1 - Objectivo geral.....	13
1.1.2 - Objectivos específicos	13
2.0 – CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO.....	15
2.1 - FACTORES RELACIONADOS COM O ENVELHECIMENTO	16
2.1.1 - Factores inerentes ao indivíduo	16
2.1.2 - Factores inerentes ao contexto	17
3.0 - INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS	20
3.1 – PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS A DOENTES IDOSOS	23
3.1.1 – Princípios gerais de farmacoterapia em geriatria.....	24
3.2 - ADESAO TERAPÉUTICA	25
3.3 – AUTOMEDICAÇÃO	25
4 - DOENTES QUEIMADOS	26
5 0 – REFERENCIAL CONCEPTUAL	27
5.1 - DEFINIÇÃO CONCEPTUAL	27
5.2 – DEFINIÇÃO OPERACIONAL	28
6.0 – METODOLOGIA.....	29
6.1 – ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO	29
6.2 – UNIVERSO E AMOSTRA	29
6.3 – RECOLHA DE DADOS	30
6.4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	32
6.5 – PROCESSAMENTO DE DADOS.....	32
7 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	34
7.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA.....	35
7.2.- CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA.....	36

7.3.- CARACTERIZAÇÃO GRAU DE CONHECIMENTO DO IDOSO ACERCA DOS FÁRMACOS QUE TOMA	37
7.4.- CARACTERIZAÇÃO PERFIL TERAPÊUTICO DOS IDOSOS	38
7.5 – TESTES DE HIPÓTESES.....	42
8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	44
9 – CONCLUSÃO.....	49
 BIBLIOGRAFIA.....	 53

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO

ANEXO II – GUIÃO

A) - ESCALA DE BARTHEL

B) - ESQUEMA PARA A TABELA TERAPÊUTICA

ANEXO III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

ANEXO V – CONSENTIMENTO INFORMADO

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Pirâmide Etária, Portugal, 1997-2007	18
Gráfico 2 – Distribuição dos idosos segundo as várias doenças crónicas.....	36
Gráfico 3 – Quanto tempo tomam os idosos os medicamentos.....	37

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis socio-demográficas.....	34
Quadro 2 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis socio-económicas.....	35
Quadro 3 – Tipo de dependência dos idosos.....	36
Quadro 4 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis associadas a medicação.....	38
Quadro 5 - Distribuição dos idosos segundo o número de prescritores de medicamentos que tomam.....	39
Quadro 6 - Distribuição dos idosos segundo o número de medicamentos que tomam	39
Quadro 7 - Distribuição dos medicamentos tomados pelos idosos em estudo segundo o grupo farmacológico.....	40
Quadro 8 - Distribuição dos idosos segundo o risco de interacções medicamentosas dos medicamentos que tomam.....	41
Quadro 9 - Estatística descritiva do tipo de interacções medicamentosas.	41
Quadro 10 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o número de medicamentos que os idosos tomam e o risco de interacções medicamentosas	42
Quadro 11 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o número de prescritores de medicamentos e o risco de interacções medicamentosas	43

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Gerontologia foi proposto a elaboração de uma Dissertação, tendo em conta as áreas propostas, decidiu-se e com base também na experiência profissional optar pela Problemática das Terapêuticas Farmacológicas nas Pessoas Idosas.

Dado o aumento da esperança média de vida, bem como o aumento das doenças crónicas, estão disponíveis tratamentos farmacológicos eficazes que podem ser bem sucedidos se os fármacos forem prescritos adequadamente e se os mesmos forem tomados apropriadamente. Neste sentido, torna-se pertinente a realização de um estudo que permita investigar o perfil Terapêutico das pessoas Idosas e qual o risco de interacções medicamentosas.

As várias formas de envelhecer incluem idosos bem sucedidos e activos, mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem (PAUL, 2005). Com a avançar da idade, é normal a existência de patologias múltiplas e a necessidade de medicações diversas, aumentando a probabilidade de interferências e complicações. Uma percentagem significativa de idosos apresenta mais do que uma patologia crónica e faz medicações múltiplas com diferentes finalidades (FIRMINO, 2006).

O índice de envelhecimento é revelador da evolução demográfica recente. Este indicador passou de 112 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 2006, para 114 em 2007. O fenómeno do envelhecimento é mais forte entre as mulheres, reflectindo a sua maior longevidade. Desde 1995 que o número de mulheres idosas é superior ao número de mulheres jovens, mantendo-se em 2007 com valores bastante superiores ao dos homens: 136 *versus* 92.

Esta evolução não se deve apenas ao declínio dos nascimentos, mas também a uma real redução da mortalidade dos idosos (GUIMARÃES, 2006). Face ao progressivo envelhecimento da população e à expectativa de que mais idosos atinjam idades mais avançada, quem cuida de pessoas idosas com doenças crónicas deve estar preparada para responder a problemas complexos de prescrição, avaliar cuidadosamente o doente e as terapêuticas prévias (GALVÃO, 2006).

Os medicamentos representam um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso. Pessoas com idade avançada tendem a usar mais produtos farmacêuticos e apresentam particularidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas que as tornam particularmente vulneráveis a efeitos adversos. O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pela população de pessoas idosas, é fundamental para delinear estratégias de prescrição (CASTELO, 2004).

Entende-se por interacção farmacológica a possibilidade de um fármaco (medicamento) poder alterar a intensidade das acções farmacológicas de outro ministrado simultaneamente. O resultado dessa interferência pode ser o aumento ou a diminuição do efeito de um ou de ambos os fármacos ou, até, o aparecimento de um novo efeito que nenhum dos fármacos era capaz de produzir (GUIMARÃES, 2006).

Para a ocorrência de interacções medicamentosas, contam-se factores de risco relacionados com o doente, com os medicamentos e com a prescrição (MONTEIRO et al, 2007). Contudo, as prescrições múltiplas, a falta de compreensão do paciente em relação ao tratamento farmacológico, ao uso abusivo de medicamento e ao uso de medicamentos por automedicação, contribuem para a ocorrência de interacções medicamentosas (SEHN et al., 2003).

Um indivíduo está tanto mais susceptível a interacções medicamentosas, quanto maior for o número de fármacos a que está sujeito e parece que existe uma relação exponencial entre o número de fármacos e as interacções prejudiciais (SOARES, 2000). Segundo o mesmo autor, existem grupos de doentes em que a probabilidade de surgir interacções é superior, como é o caso dos idosos, doentes críticos; estando esta probabilidade relacionada com a falência de órgãos de metabolismo e eliminação

No presente trabalho pretendo estudar o perfil terapêutico e risco de interacções medicamentosas nas pessoas.

Este estudo está dividido em capítulos, nomeadamente: no primeiro capítulo, abordo a questão e os objectivos geral e específicos do estudo; no segundo, terceiro e quarto capítulos abordo à revisão da literatura; no quinto capítulo refere-se ao quadro conceptual do estudo, foram descritos os conceitos necessários para este trabalho; no sexto capítulo abordo a metodologia utilizada, apresentação dos resultados obtidos no estudo, discussão dos mesmos e por fim a conclusão.

1 - QUESTÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

De seguida vão ser descritas a questão e os objectivos de investigação. Uma questão de investigação é uma interrogação explícita, relativa a um domínio que se deve explorar, com vista a obter novas informações, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar (FORTIN, 1999).

O objectivo é um enunciado declarativo que especifica a orientação da investigação consoante os conhecimentos existentes no domínio em questão, as variáveis chave, a população alvo e o contexto do estudo (FORTIN, 1999).

1.1 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

- Qual o perfil terapêutico e o risco de interacções medicamentosas em pessoas idosas internadas na Unidade de Queimados (UQ) dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) ?

1.1.1 - Objectivo geral

- Caracterizar o perfil terapêutico de pessoas idosas internadas na UQ dos HUC e avaliar o risco de apresentarem interacções medicamentosas.

1.1.2 - Objectivos específicos

- Descrever o perfil terapêutico de pessoas idosas internadas na UQ dos HUC;
- Descrever o grau de conhecimentos/informação que o idoso possui acerca dos medicamentos que consome;

- Explorar se existe relação entre a quantidade de medicamentos administrados e o risco de interacções medicamentosas;
- Explorar se o risco de interacções medicamentosas varia com o número de prescritores de medicamentos;

Este estudo, quando finalizado irá inserir-se num projecto mais amplo, que incluirá na amostra final, os dados analisados neste estudo, bem como outros dados recolhidos noutras instituições.

2.0 - CARACTERÍSTICAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento, de acordo com BERGER e MAILLOUX-POIRIER (1995), é um fenómeno multidimensional, resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, e controlo neuro-endócrino da actividade genética. Ainda segundo os mesmos autores, envelhecimento é um processo inelutável, determinado por um conjunto completo de factores fisiológicos e sociais próprios de cada indivíduo.

Embora o envelhecimento seja um processo natural e comum a todas as pessoas, decorrente do facto de se inscrever no ciclo de vida biológico, constituído pelo nascimento, crescimento e morte; ele é vivido de forma variável consoante o contexto social em que a pessoa se insere (MONIZ, 2003).

De acordo com SPIRDUSO (2005), embora todas as pessoas envelheçam, isso acontece de maneiras diferentes e em ritmos diversos; contudo, a maneira mais simples de descrever o envelhecimento é categorizá-lo.

- Idosos jovens – com idade igual ou superior aos 65 anos e até ao 74;
- Idosos – com idade igual ou superior aos 75 anos e até aos 84;
- Idosos - idosos – com idade igual ou superior aos 85 anos,
- Idosos Muito idosos – com idade igual ou superior a 100 anos.

Para além da idade cronológica, é necessário recorrer a outros índices para compreender o comportamento humano e a forma como ele evolui à medida que as pessoas vão envelhecendo; mais importante do que o tempo que já passou desde que nascemos é compreender que o comportamento humano é afectado por experiências e acontecimentos que ocorrem durante a passagem desse tempo (FONSECA, 2004).

Os estudos feitos nesta matéria revelam que a partir dos 40 anos de idade se evidenciam uma série de alterações consideradas fisiológicas, características do processo de envelhecimento sendo, um erro pensar-se que se fica idoso de uma forma abrupta aos 60 ou 65 anos, uma vez que o processo é gradual (PINTO et al., 2001).

De acordo com GUIMARÃES (2006), o processo de senescência oferece algumas características importantes que podem condicionar alterações da resposta a fármacos. Dentre estas características, destaca-se a redução do peso corporal, embora inicialmente

possa haver aumento do tecido adiposo. Para além da redução da massa muscular e da densidade óssea (osteoporose), há que se referir sobretudo, a redução da água e a modificação da sua distribuição: os valores médios da água baixam de 60 para 52%.

O ritmo com que os homens envelhecem diminui lentamente, com o tempo; enquanto que as mulheres envelhecem a um ritmo mais lento entre os 45 e 60 anos do que entre os 70 e 80 anos. (SPIRDUSO 2005),

A nível individual tem influência negativa no processo de envelhecimento, os problemas de obesidade, hábitos tóxicos (álcool, tabaco, droga); contudo o factor que mais parece contribuir para o envelhecimento é a incidência de doenças (FERNANDES, 2002). As doenças crónicas associadas ao envelhecimento, como as doenças do aparelho circulatório, artrite, reumatismos, doenças da coluna, tumores, afecções do sistema digestivo e perturbações mentais, afectam quer a duração da vida, quer a sua qualidade, ou ambas. (BERGER e MAILLOUX-POIRIER 1995)

As alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de factores externos, nomeadamente os estilos de vida, as actividades e o ambiente, bem como factores internos como a carga genética e o estado de saúde (PINTO et al., 2001).

2.1 - FACTORES RELACIONADOS COM O ENVELHECIMENTO

Sabemos que o envelhecimento é influenciado por factores intrínsecos (inerentes ao próprio indivíduo) e por factores extrínsecos (inerentes ao meio ambiente) (FERNANDES, 2002).

2.1.1 - Factores inerentes ao indivíduo

Idade

Aceita-se que embora o indivíduo seja considerado idoso quando atinge a idade de 65 anos, idade proposta pela OMS.

Perdas

A perda é uma experiência universal que afecta o ser humano do nascimento à morte (FERNANDES, 2002). Há uma perda cada vez que uma situação é vivenciada como um insucesso, uma separação, uma privação, afectando o seu *status*, os seus

objectivos ou os seus sonhos e ilusões. A esta perda associa-se uma rede de perdas simbólicas de natureza abstracta, psicossocial, como a perda da auto-estima.

Adaptação

As experiências humanas são múltiplas e a adaptação a certas situações é influenciada pela acção do tempo (idade), pelas estratégias escolhidas para se adaptar, pelas crises que atravessou durante a sua existência e pelas forças pessoais (FERNANDES, 2002).

2.1.2 - Factores inerentes ao contexto

Factores socio-demográficos

Desde há alguns anos, o envelhecimento da população tornou-se uma das principais preocupações dos intervenientes na área da saúde (BERGER e MAILLOUX-POIRIER, 1995). De acordo com FERNANDES (2002), o crescente relevo estatístico na faixa etária da população com 65 e mais anos, resultante do processo de envelhecimento demográfico, apresenta-se como uma característica marcante do final do século XX e uma herança para o actual século.

Segundo PINTO et al. (2001), o aumento da população idosa a nível mundial e, sobretudo, nos países industrializados, deve-se a dois factores essenciais que são o aumento da esperança de vida e a redução da taxa de natalidade. Dados recentes apontam para que a população mundial com mais de 60 anos aumenta a partir do valor corrente de 9,6% para 12,5% em 2020.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2007), como resultado do declínio da fecundidade e de um contínuo aumento da longevidade, verifica-se um crescente número de países cujo população está a envelhecer. Portugal enquadra-se neste grupo de países.

Em 31 de Dezembro de 2007 a população residente em Portugal foi estimada em 10 617 575 indivíduos, dos quais 5 138 807 homens e 5 478 768 mulheres. Comparativamente ao final de 2006 a população residente aumentou 18 480 indivíduos, resultando numa taxa de crescimento efectivo de 0,17%.

De 1992 a 2007 assiste-se a um crescimento continuado da população, com tendência para acelerar o ritmo no final dos anos noventa, em resultado da intensificação dos fluxos imigratórios. Em 2007, tal como se verifica desde 2003, o ritmo de crescimento da população continuou a abrandar.

A proporção de jovens (com menos de 15 anos de idade) na população total manteve-se próxima à do ano anterior (15,3%). Contrariamente, assistiu-se ao aumento da proporção da população idosa (65 ou mais anos de idade), passando a importância relativa de 17,3% para 17,4% em 2007. O envelhecimento populacional é mais notório nas mulheres, cuja proporção se elevou a 19,7% (19,5% em 2006), contra 15,0% nos homens (14,9 % em 2006). O contínuo processo de envelhecimento demográfico, quer na base da pirâmide etária, realçado pelo estreitamento que traduz a redução dos efectivos populacionais jovens, como resultado da baixa de natalidade, quer no topo da pirâmide, pelo alargamento que corresponde ao acréscimo das pessoas idosas, devido ao aumento da longevidade, está bem evidenciado no perfil que as pirâmides etárias assumem em 1997 e 2007.

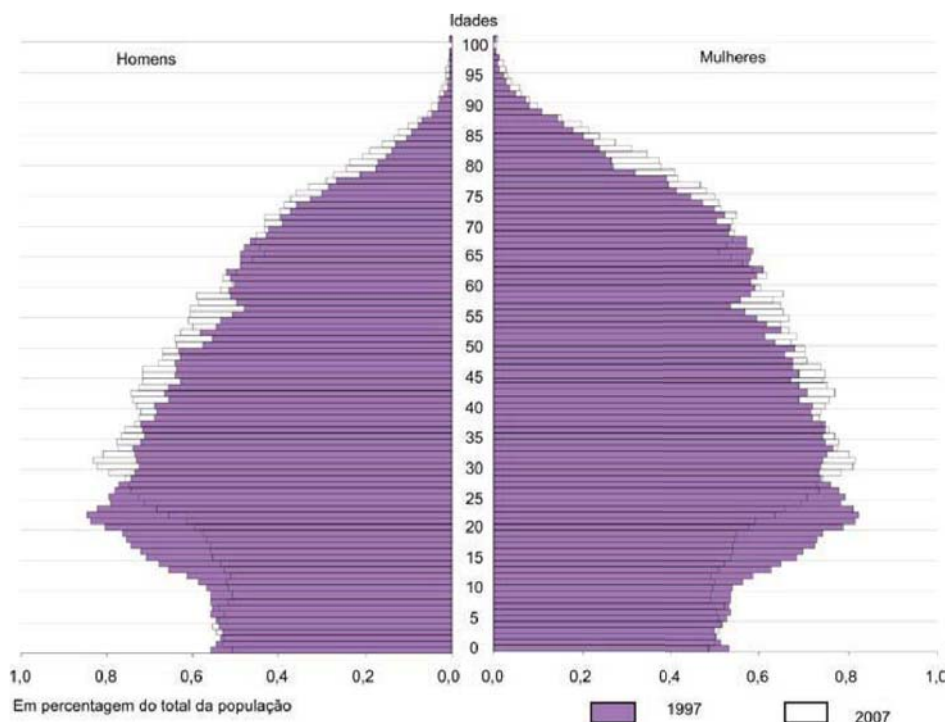


Gráfico 1 - Pirâmide Etária, Portugal, 1997-2007

O índice de envelhecimento é revelador da evolução demográfica recente. Este indicador passou de 112 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 2006, para 114 em 2007. O fenómeno do envelhecimento é mais forte entre as mulheres, reflectindo a sua maior longevidade. Desde 1995 que o número de mulheres idosas é superior ao número de mulheres jovens, mantendo-se em 2007 com valores bastante superiores ao dos homens: 136 *versus* 92.

Factores sócio-económicos

Os resultados das múltiplas investigações têm demonstrado que o baixo *status* social, ou seja, indivíduos com recursos sócio-económicos deficitários, não desfrutam de disponibilidade, quer afectiva, quer emocional, que lhes possibilite participar na resolução das suas necessidades vitais. Pelo contrário, indivíduos com elevado *status* social têm maiores possibilidades de participação activa na resolução dos seus problemas (FERNANDES 2002).

Ambiente

Segundo FERNANDES (2002), o ambiente não representa apenas o espaço em que a pessoa vive (a sua casa ou instituição – lar), mas também o meio em que evolui. Os idosos são particularmente vulneráveis às modificações do ambiente, dado que sofrem com muita frequência de défices sensoriais e/ou outros problemas.

Família

A família, de acordo com MORAIS (1999), é encarada como uma célula fundamental da sociedade, desenvolvendo-se como um sistema dinâmico que, para se manter em equilíbrio, depende do nível de satisfação das necessidades básicas dos seus elementos. Este prolongamento da esperança de vida, com avós muito idosos, mas com boa saúde, origina complexas ligações intergeracionais (SAMPAIO, 1999).

Segundo dados do INE (2006), a maioria dos idosos (62,8%) vivia com o cônjuge (só com o cônjuge, com ou sem filhos e outros), 20,7% viviam sós e 16,5% viviam sem cônjuge (com ou sem filhos e outros). Por tipologia do agregado, verifica-se que a maior proporção dos idosos, naquele ano, vivia só com o cônjuge (44,2%) ou sozinho (20,7%).

3.0 - INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS

Entende-se por interacção farmacológica a possibilidade de um fármaco (medicamento) poder alterar a intensidade das acções farmacológicas de outro ministrado simultaneamente. O resultado dessa interferência pode ser o aumento ou a diminuição do efeito de um ou de ambos os fármacos ou, até, o aparecimento de um novo efeito que nenhum dos fármacos era capaz de produzir (GUIMARÃES, 2006).

Segundo SEHN (2003), muitos dos problemas relacionados aos medicamentos são causados por interacções medicamentosas. As interacções medicamentosas referem-se à interferência de um fármaco na acção de outro ou de um alimento ou nutriente na acção de medicamentos. A interacção alimento – medicamento (IAM) é um fenómeno que, embora frequentemente descurado, merece uma atenta reflexão na avaliação da eficácia terapêutica medicamentosa, bem como na avaliação do estado nutricional do doente. Os alimentos podem modificar os efeitos dos fármacos, por interferência no seu comportamento farmacocinético ou farmacodinâmico (SILVA, 2005). De acordo com o autor referenciado anteriormente, outro aspecto a ter em consideração na IAM prende-se com a influência de determinados fármacos no estado nutricional do doente. Com frequência, as manifestações clínicas (anemia, diarreia, e perda de peso) são atribuídas à doença; quando poderão estar relacionadas com a IAM. A deficiente absorção induzida pelos fármacos pode chegar a ser sintomática e causar deficiências nutricionais.

Quando falamos de interacções de fármacos referimo-nos às indesejáveis, embora, como se sabe, existam interacções desejáveis em que se associam fármacos para obter um efeito terapêutico mais marcado, com menos efeitos colaterais (GUIMARÃES, 2006).

Na União Europeia existem actualmente 22% das pessoas com idade superior a 60 anos, esperando-se que esta percentagem seja de 27% pelo ano de 2020 (Buckley 2001 RIBEIRO 2002). Este envelhecimento da população implica a coexistência de patologias múltiplas, polifarmácia e maiores probabilidades de interacções e reacções adversas (RIBEIRO 2002). Estudos efectuados mostraram que a percentagem de pacientes com reacções adversas aumenta aproximadamente, 10%, quando o paciente está tomando apenas um fármaco, para quase 100% quando são utilizados dez

medicamentos (KATZUNG, 2006). A polifarmácia é o termo usado para descrever a situação em que vários medicamentos são prescritos simultaneamente, sendo esta uma prática clínica nos idosos; e explicada: pelo número de doenças crónicas, pela elevada incidência de sintomas e consultas com especialistas diferentes (DUARTE, 2005).

Para a ocorrência de interacções medicamentosas contam-se factores de risco relacionados com o doente, factores de risco relacionados com os medicamentos e factores de risco relacionados com a prescrição (MONTEIRO et al, 2007). Contudo SEHN (2003), aponta que as prescrições múltiplas, a falta de compreensão do paciente em relação ao tratamento farmacológico, o uso abusivo de medicamento e o uso de medicamentos por automedicação, contribuem para a ocorrência de interacções medicamentosas. Ainda segundo o autor referenciado anteriormente, há muitos factores que influenciam na resposta de um medicamento, tais como: factores genéticos, idade, condições gerais de saúde, funções renal e hepática, consumo de álcool, tabagismo, dieta, assim como os factores ambientais.

Existem vários estudos que determinam a incidência das interacções e que apontam para um valor da ordem de 2,2 – 30% de interacções para doentes internados e de 9,2% - 70,3% para doentes em ambulatório (CEDIME, 2000).

A administração de medicamentos em qualquer faixa etária pode gerar reacções indesejáveis. Entretanto, a incidência destas reacções aumenta proporcionalmente com a idade, sendo que nos indivíduos de 40-50 anos constituem 10% e, naqueles com 80 anos ou mais, representam 25% (DUARTE, 2005). Um indivíduo está tanto mais susceptível a interacções medicamentosas, quanto maior for o número de fármacos a que está sujeito, e parece que existe uma relação exponencial entre o número de fármacos e as interacções prejudiciais (CEDIME, 2000).

Um estudo realizado nos Estados Unidos aponta para uma incidência geral de interacções de fármacos da ordem dos 4,1%. Os idosos constituem um grupo de risco neste campo: ingerem numerosos medicamentos, frequentemente prescritos por mais do que um médico (GUIMARÃES, 2006).

As interacções farmacológicas são classificadas como: farmacêuticas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas (MONTEIRO et al, 2007). Em qualquer destes níveis, as interacções são mais frequentes no idoso, devido ao terreno mais frágil, à polipatologia e à polimedicação (RIBEIRO, 2002).

Interacções Farmacêuticas

Podem resultar da reacção directa entre os dois fármacos ou da adsorção ao material que os contém. Surgem com mais frequência como resultado de incompatibilidades de um fármaco com um veículo para administração parentérica ou de dois fármacos adicionados simultaneamente a um mesmo veículo de administração (MONTEIRO et al, 2007).

Interacções a nível Farmacocinético

A farmacocinética estuda o trajecto do medicamento, desde a entrada do medicamento (absorção), o alcance dos sítios de acção (distribuição), a degradação em partículas menores (metabolização) e a eliminação (excreção) (DUARTE, 2005).

As interacções a nível farmacocinético podem surgir a nível da absorção, da distribuição, metabolização ou da eliminação dos fármacos (GUIMARÃES, 2006).

A nível da absorção no idoso, esta depende de vários mecanismos que estão alterados nos idosos, nomeadamente: diminuição da capacidade de mastigação e deglutição; diminuição da quantidade de produção de secreção ácida no estômago e diminuição da motilidade do trato gastrointestinal (DUARTE, 2005).

Quanto à distribuição, a água corporal diminui (10-15% entre os 20 e os 80 anos), o que significa uma diminuição da velocidade de distribuição dos fármacos hidrossolúveis. No idoso a água corporal diminui, a gordura aumenta o que condiciona um aumento da velocidade de distribuição dos fármacos lipossolúveis; e assim podem permanecer mais tempo ligados à gordura corporal, podendo interagir com outros fármacos de igual destino (RIBEIRO, 2002).

Segundo o mesmo autor, quanto à metabolização no idoso à uma menor metabolização hepática (RIBEIRO, 2002).

A nível da excreção, os dois principais órgãos para a eliminação são os rins e o fígado e no idoso a depuração renal dos fármacos está prejudicada (GOMES, 2005).

Interacções a nível Farmacodinâmico

Dizem respeito a fenómenos de sinergismo e antagonismo de fármacos que actuam ou nos mesmos receptores ou nos mesmos sistemas fisiológicos. Este nível de interacções é frequente a nível do sistema nervoso central, quando se usam vários fármacos em simultâneo, podendo assumir uma gravidade especial no idoso (GUIMARÃES, 2006). Em qualquer destes níveis existem fragilidades de terreno no idoso

que podem potenciar a relevância clínica das interações. Existe uma enorme variabilidade no estado fisiológico dos idosos; se alguns não têm qualquer modificação, outros têm-nas acentuadamente (RIBEIRO, 2002).

3.1 – PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS A DOENTES IDOSOS

Segundo a OMS o medicamento é todo o fármaco ou substância activa que possa ser usado no Ser Humano com fins profilácticos, diagnósticos ou terapêuticos.

Com o envelhecimento aumenta o número de doenças crónicas e com elas a consequente necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo; segundo um estudo, pelo menos 85% dos idosos usam um fármaco prescrito e a maioria mais do que um; o que pode implicar a prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos, aumentando os riscos (GALVÃO, 2006).

Conforme GUIMARÃES (2006), os idosos sofrem frequentemente de mais de uma doença: num hospital geriátrico 78% dos doentes internados apresentam 4 ou mais situações mórbidas crónicas e 13% atingiam as 8 ou mais doenças. Os sintomas mais frequentes são a obstipação, a incontinência urinária, as perturbações da deglutição, as dores osteoarticulares, as perturbações vasculares periféricas e as alterações do sistema nervoso central (falta de memória, perda de capacidade, de concentração, insónia, confusão, ansiedade, depressão e demência)

Devido ao facto do idoso apresentar, com frequência múltiplas queixas, o médico tende a prescrever maior número de medicamento, havendo assim uma maior probabilidade de incidência de reacções adversas provenientes de cada medicamento, bem como da interacção entre elas (FILHO, 2000). Segundo BALLONE (2002) a maior parte dos medicamentos utilizados (83,8%) foi prescrito por médicos, sendo o restante indicados por leigos, amigos, vizinhos. Cerca de 17% dos medicamentos podem ser formalmente considerados inadequados para o uso nas pessoas idosas. Os doentes idosos necessitam, pois, de mais medicamentos, consumindo medicamentos receitados e não receitados; num inquérito realizado em ambiente urbano cerca de 1/3 dos indivíduos idosos tomava analgésicos, 1/2 laxantes e um décimo e 1/5 vitaminas, antiácidos e outros medicamentos (GUIMARÃES, 2006).

Os medicamentos mais utilizados pelos idosos são os que actuam no sistema cardiovascular, que representam 45% das prescrições, os de acção do trato gastrointestinal e os ansiolíticos; contudo os idosos são grandes consumidores de

analgésicos pertencentes à classe dos anti-inflamatórios não esteróides (DUARTE, 2005).

O sucesso terapêutico do tratamento depende em parte da escolha do medicamento apropriado, para levar à reversão ou à atenuação dos processos fisiopatológicos. A escolha do medicamento deve ter em consideração, qual o mais adequado às características fisiopatológicas, à idade, ao sexo, e à raça do paciente, além de seleccionar a dose, a via e a frequência de administração (GOMES, 2005). Segundo (GUIMARÃES, 2006) para que um medicamento possa actuar é necessário que atinja concentrações eficazes nas estruturas celulares onde a sua acção se exerce.

3.1.1 – Princípios gerais de farmacoterapia em geriatria

A qualidade da vida dos pacientes idosos pode ser acentuadamente melhorada, e a sua vida prolongada, pelo uso de fármacos (KATZUNG, 2006). No caso de ser necessário recorrer a medicamentos, deve-se seleccionar o mais recomendável em função das características fisiológicas do idoso. Sempre que possível evitar o recurso de medicações múltiplas ou complexas e escolher esquemas posológicos fáceis de fixar; e a dose a administrar é em geral menor que a usado no jovem e pode em regra, ser administrada com maiores intervalos (GUIMARÃES, 2006).

Segundo KATZUNG (2006), alguns erros na administração de fármacos são causados por incapacidades físicas nomeadamente: artrite, o tremor e os problemas visuais. Devido à diminuição da produção de saliva, os pacientes idosos muitas vezes têm dificuldade em deglutir comprimidos grandes.

De acordo com DUARTE (2005), é com frequência, que se pode verificar que os idosos têm dificuldades em saber o nome das medicações que tomam, bem como para que o fazem. Deve preferir-se, sempre que possível, a medicação regular e com características que permitam distinguir os vários medicamentos usados; contudo, apesar destas precauções, é muitas vezes necessário recorrer à ajuda de familiares ou vizinhos para garantir uma boa adesão à terapêutica (GUIMARÃES, 2006). É importante realizar ensinamentos ao idoso sobre a medicação que realiza e auxiliá-lo a recordar o nome dos medicamentos que costuma ingerir (DUARTE, 2005).

3.2 - ADESÃO TERAPÊUTICA

De acordo com dados estatísticos, uma parte considerável dos doentes não executa a prescrição médica; isto é, a adesão do doente é muitas vezes (30 a 50% dos casos) incompleta ou nula. Muitos dos doentes não compram os medicamentos receitados, outras vezes não tomam a dose prescrita (geralmente reduzem-na) (GUIMARÃES, 2006). Contudo, segundo KATZUNG (2006), a não aderência do paciente ao tratamento pode resultar de esquecimento ou confusão ou então decidir não tomar o medicamento, por base experiências anterior. Para mesmo autor, outro factor que interfere na adesão à medicação, consiste no facto do preço dos medicamentos poder representar um importante desânimo para os pacientes que recebem reformas insuficientes.

3.3 - AUTOMEDICAÇÃO

A automedicação é toda a situação para a qual um indivíduo decidiu por iniciativa própria, ou por aconselhamento de outros, qual o medicamento a utilizar para aliviar ou tratar problemas relacionados com a sua saúde, sem ser por prescrição médica (COSTA, 2004).

Grande parte dos medicamentos são consumidos, na realidade, sem intervenção do prescritor; as pessoas doentes ou não, tomam medicamentos: por sua própria iniciativa, por conselho de outros indivíduos não qualificados, retirados de anúncios em meios de comunicação social (GUIMARÃES, 2006).

A utilização de medicamentos através de prescrição médica ou automedicação envolve sempre riscos, pois, para além dos benefícios que os medicamentos proporcionam, existe sempre um risco relativo de ocorrência de efeitos indesejáveis dos mesmos (COSTA, 2004). É o que acontece quando a automedicação inclui medicamentos potentes, perigosos, capazes de criar habituação e com a agravante de não haver vigilância médica. A automedicação pode assim ser uma importante fonte de iatrogenia (GUIMARÃES, 2006).

4 - DOENTES QUEIMADOS

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, em 1998 ocorreram 282.000 mortes no mundo decorrentes de queimaduras (JÚNIOR e SERRA 2004).

Sendo uma queimadura:

“...um tipo de ferida traumática com características específicas: interrupção ou perda de tecidos superficiais ou profundos da superfície corporal devido à exposição a agentes térmicos, químicos, eléctricos ou radioactivos; coagulação de proteínas a nível celular; aumento do metabolismo; diminuição das reservas nutritivas no musculo adiposo; perda de proteínas e nitrogénio; dor severa, desconforto e stress; com choque que ameaça a vida e; necrose de tecidos; infecção das feridas, contraturas, rigidez das cicatrizes e desfiguramento” (CIPE - Classificação Internacional para a prática da Enfermagem, 1999).

Relativamente à distribuição dos casos de queimaduras pela faixa etária observa-se, que as crianças são as mais envolvidas em queimaduras e os idosos correspondem 10% dos casos. Os principais agentes causais de queimaduras são: os líquidos aquecidos, combustível, chama directa, gás, química, eléctrica, frio e superfícies quentes. (JÚNIOR e Serra 2004). Desde 24 de Julho de 1989, até ao ano de 2005 foram acolhidos 2361 utentes na UQ dos HUC.

Relativamente aos critérios de internamento é de salientar que não existe uniformização nacional dos mesmos. A UQ acolhe doentes com idade superior a dez anos e com características específicas, nomeadamente doentes com:

- Mais de 15% da superfície corporal queimada;
- Queimaduras profundas da face, pescoço, mãos, pés ou períneo, qualquer que seja a extensão da área atingida;
- Vítimas de queimaduras eléctricas ou químicas;
- Traumatismos associados (fracturas, esfacelos, traumatismo craniano ou por inalação de fumos);
- Patologias associadas (diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças neurológicas, doenças psiquiátricas, entre outras);
- Graves problemas sociais (suspeita de maus tratos, tentativa de suicídio, entre outros).

5 0 – REFERENCIAL CONCEPTUAL

O referencial conceptual é uma estrutura lógica abstracta que guia o desenvolvimento e a conduta do estudo. Para elaborar um quadro teórico ou conceptual, é preciso primeiro definir os conceitos, clarificá-los (FORTIN, 1999).

5.1 - DEFINIÇÃO CONCEPTUAL

Envelhecimento

O envelhecimento de acordo com BERGER e MAILLOUX-POIRIER (1995), é um fenómeno multidimensional, resultante da acção de vários mecanismos: disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da célula de ADN e controlo neuro-endócrino da actividade genética. Ainda segundo os mesmos autores, envelhecimento, é um processo inelutável determinado por um conjunto completo de factores fisiológicos e sociais próprios de cada indivíduo.

Pessoas idosas

Ser idoso em Portugal é definido como tendo 65 anos ou mais, e corresponde também à idade da reforma (OMS).

Interacções medicamentosas

Entende-se por interacções medicamentosas, “a possibilidade de um fármaco (medicamento) poder alterar a intensidade das acções farmacológicas de outro ministrado simultaneamente” (GUIMARÃES, 2006).

Para a ocorrência de interacções medicamentosas contam-se factores de risco relacionados com o doente, factores de risco relacionados com os medicamentos e factores de risco relacionados com a prescrição (MONTEIRO, 2007). As interacções entre fármacos podem ocorrer a nível farmacêutico, farmacocinético ou farmacodinâmico. Em qualquer destes níveis, as interacções são mais frequentes no idoso, devido ao terreno mais frágil, à polipatologia e à polimedicação (GUIMARÃES, 2006).

Medicamento

Segundo a Organização Mundial de Saúde, medicamento é: *“todo fármaco ou substância activa que possa ser usado no Ser Humano com fins profilácticos, diagnósticos ou terapêuticos.”*; O Decreto-Lei 72/91 – define medicamento; *“como toda a substância ou composição que possua propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as funções orgânicas.”*

5.2 – DEFINIÇÃO OPERACIONAL

Perfil terapêutico – corresponde à totalidade de medicamentos ingeridos pela pessoa idosa, prévio ao internamento, desde que possuam folheto informativo. Será através do preenchimento de tabela elaborada para o efeito, anexa ao questionário elaborado.

Grau de Conhecimentos – esta variável será operacionalizada em dois itens da tabela anexa à questão 14, e nas questões 15 e 16; respondendo.

Risco de Interações Medicamentosas - Para avaliação do risco de interações medicamentosas, recorrer-se-á ao programa LEXI-INTERACT[®]. Este programa permite fazer uma análise completa do perfil terapêutico do sujeito, e identifica possíveis interações medicamentosas. A análise do risco reflecte a urgência e a natureza das acções necessárias para dar resposta à interacção:

- A – Não se conhece interacção
- B – Não é necessário intervir
- C – Monitorizar terapêutica
- D – Considerar revisão da terapêutica
- X – Evitar combinação

Quantidade de Medicamentos – será obtida pela contabilização do número de medicamentos que a pessoa idosa ingere, previamente ao internamento.

Número de Prescritores – diz respeito à informação obtida pelo item 5 da tabela anexa ao questionário.

6.0 - METODOLOGIA

Para FORTIN (1999, p. 372), a metodologia é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.” A metodologia é um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas. Seu objectivo é responder a questões ou solucionar problemas (POLIT e HUNGLER 1995).

6.1 – ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

Este estudo será desenvolvido com base na abordagem quantitativa, de nível II, do tipo descritivo correlacional e não experimental. Este estudo, é considerado exploratório, uma vez que existem poucos trabalhos realizados sobre esta temática no nosso País.

A abordagem utilizada no presente estudo é quantitativa, que é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis; esta abordagem reflecte um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível (FORTIN, 1999).

6.2 – UNIVERSO E AMOSTRA

Este estudo foi desenvolvido UQ dos HUC; onde exerço a minha actividade profissional e torna-se pertinente para a UQ a realização deste estudo.

O universo da amostra são pessoas idosas, de ambos os sexos, internados na UQ. A constituição da amostra foi realizada com base na amostragem não probabilística por conveniência.

Relativamente ao universo da amostra, foi minha intenção conseguir caracterizar o máximo de Idosos; tendo em conta os critérios de inclusão da amostra; e a especificidade da UQ, dado a capacidade máxima ser de 10 camas e os internamentos normalmente são prolongados.

Os critérios de escolha de inclusão das pessoas idosas foram:

- Idosos com idade superior ou igual a 65 anos de idade, de ambos os sexos;
- Doentes internados na UQ e doentes em ambulatório que frequentam a consulta externa de Queimados, dos HUC;
- Doentes com capacidade cognitiva diminuída, foram incluídos com a autorização do cuidador;
- Assinatura do Consentimento Informado pelo doente ou no caso de incapacidade pelo cuidador principal / família, para a aplicação dos questionários, tendo previamente explicado os objectivos, forma de participação e vantagens.

6.3 –RECOLHA DE DADOS

Para colher os dados elaborou-se questionário (ANEXO I), construído pelas investigadoras, e com a colaboração e orientação do Professor Francisco Pimentel; que foi aplicado aos idosos, cuidador principal / família, através de entrevista.

Os idosos eram convidados pela investigadora a participar no estudo, sendo-lhes explicados, antes da realização da entrevista, o tema, os objectivos e solicitada a sua participação, garantindo o anonimato e confidencialidade.

A aplicação do instrumento de recolha de dados decorreu no período de 03/05/2008 a 15/04/2009; de acordo com a disponibilidade da investigadora.

O instrumento de colheita de dados é composto pelo questionário e pela Escala de Barthel.

O questionário é composto por 17 questões:

Questão 1 – Fonte de informação; permite saber se os dados foram fornecidos pelo idoso em causa, pelo seu cuidador principal / família.

Questão 2 – O Índice de Barthel (IB) surge como um instrumento válido e fácil de aplicar. Esta escala foi adaptada e validada para Portugal por LAINS (1991) e permite avaliar o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas

A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as actividades de vida diária (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência

total para as mesmas AVD avaliadas. (ANEXO II).O tipo de dependência do idoso, que pode ser:

- De 80 – 100 pontos - Independente
- De 60 a 79 pontos – Mínimo de ajuda
- De 40 a 59 pontos – importante dependência
- De 20 a 39 pontos – Muito dependente
- De 0 a 19 pontos – Totalmente dependente

Questões 3 e 4 – Dizem respeito à identificação do local de colheita de dados

Questões 5 a 11 e 13 – Caracterização sócio-demográfica – após pesquisa bibliográfica foram seleccionados itens mais relevantes

Questão 12 – alterações cognitivas significativas com o envelhecimento daí que seja relevante avaliar quem prepara a medicação sob pena de aumento do risco de interacções medicamentosas.

Questão 14 – diz respeito à caracterização do perfil terapêutico, que se encontra em folha anexa, sob a forma de tabela, por forma a facilitar o registo de informação recolhida. Pretende-se saber quais os medicamentos prescritos, se é conhecida a sua finalidade, via e hora de administração, quem prescreveu, há quanto tempo toma, se tem suporte escrito acerca da medicação e se adere ao esquema terapêutico prescrito.

Nesta também se encontra salvaguardadas as possíveis situações de auto-medicação (quem prescreveu?).

Questão 15 – Pretende-se avaliar se o idoso se informa acerca da medicação que toma.

Questão 16 – Diz respeito ao conhecimento que o idoso tem ou não, acerca de interacções medicamentosas na óptica do utilizador.

Questão 17 - torna-se pertinente saber se o idoso descreve aos vários médicos que possa consultar todo o esquema terapêutico, incluindo medicação não sujeita a receita médica. e auto-medicação.

Relativamente às questões 2 e 14 houve necessidade de elaborar um guião de apoio ao entrevistador (ANEXO II).

- Questão 2 –IB, que nos permite avaliar o grau de dependência do idoso
- Questão 14 – nomeadamente no que diz respeito à última pergunta da tabela terapêutica: “Toma a medicação de forma correcta?”. Se o idoso responder não, foi, então, elaborado um guião para as diversas formas de adesão, ou não, do esquema terapêutico.

6.4 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização da colheita de dados, foi solicitada a autorização junto da Direcção dos HUC, bem como da respectiva Comissão de Ética. (ANEXO III); que foi concedida (ANEXO IV).

A investigação aplicada a seres humanos pode por vezes causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam no estudo (FORTIN, 1999).

Durante a investigação foram respeitados, os direitos fundamentais das pessoas, nomeadamente: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo e por último o direito a um tratamento justo e equitativo.

Antes da assinatura do formulário de consentimento informado (ANEXO V), para a aplicação dos questionários, foram fornecidos a cada idoso, através de uma linguagem compreensível, os objectivos e conteúdos formas e vantagens de participação no estudo; de maneira que possa decidir participar livremente e com conhecimento de causa. A investigadora disponibiliza-se para esclarecimento de dúvidas. Será também assegurado a cada participante que a realização deste questionário não tem qualquer risco para a sua saúde, nem tem necessidade de ser submetido a nenhuma intervenção adicional.

No que respeita a situações em que a incapacidade mental ou a incompetência cognitiva estão em causa, o consentimento escrito deverá ser obtido junto de uma pessoa legalmente mandatada, cuidador principal / família; e ser-lhe-á entregue uma cópia do mesmo.

Caso o idoso seja analfabeto existe a possibilidade comprovar o consentimento informado através da impressão digital.

6.5 – PROCESSAMENTO DE DADOS

Para a análise e processamento dos dados, foi utilizado o programa SPSS, versão 16.0, utilizando os métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial:

A estatística descritiva permitiu resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra (distribuições de frequência, mediana e moda).

A estatística inferencial ou seja dos testes estatísticos, permitiu determinar se as relações observadas em certas variáveis numa amostra são generalizáveis à população de onde esta foi tirada (FORTIN, 1999).

Com a finalidade de seleccionar os testes de hipóteses recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov, com o intuito de verificar se as variáveis seguem uma distribuição normal na população. Os valores encontrados (níveis de significância inferiores a 0,05) para as variáveis envolvidas nas hipóteses de investigação (quantidade de medicamentos administrados, risco de interacções medicamentosas e número de prescretores) levam-nos a inferir que a distribuição não será normal. Mediante estes resultados, elegemos para o nosso estudo a utilização de testes estatísticos não paramétricos. Assim, os testes eleitos foram: Coeficiente de Correlação de Spearman. O nível de significância (α) utilizado no estudo foi de 0,05 ($p < 0,05$).

Relativamente à avaliação do risco de interacções medicamentosas, utilizou-se um Programa Informático denominado “Lexi – Interact” ®. Através do programa “Lexi – Interact” ®, executamos a análise do perfil dos medicamentos do paciente, identificando as interacções possíveis. Esta aplicação facilita uma avaliação do risco ou benefício, específica para cada paciente. Fornece sugestões detalhadas acerca do esquema terapêutico do doente, bem como orientações de monitorização, abrange mais de 1800 medicamentos genéricos e mais de 5400 marcas registadas. Possui também dados sobre os produtos naturais mais comuns. Cada monografia de interacção contém:

- Análise da fiabilidade: indica a quantidade e natureza da documentação acerca da interacção;
- A avaliação do risco: reflecte o nível de urgência e a natureza das acções necessárias para responder a uma interacção:
 - A – Não se conhece interacção
 - B – Não é necessário intervir
 - C – Monitorizar a terapêutica
 - D – Considerar revisão da terapêutica
 - X – Evitar a combinação.
- Análise da severidade: indica os resultados, possíveis ou registados de determinada interacção.

Os resultados da análise fornecem um sumário das interacções da droga identificadas do perfil seleccionado. Cada droga no perfil é seguido por uma lista das drogas com que pode interagir, junto com uma avaliação de risco para ajudar rapidamente a apreender a natureza da acção que pode necessitar de ser feito exame.

7 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

7.1- CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 51 idosos internados na UQ dos HUC. Da análise do Quadro 1, verifica-se que a distribuição dos idosos em estudo, segundo o sexo é heterogénea, 54,9% são do sexo feminino e 45,1% do masculino. No que respeita à sua idade, esta varia entre os 65 e os 93 anos, a média calculada é de 77,27 anos e o desvio padrão de 8,30, sendo a moda de 68 e a mediana de 79 anos. A maior parte dos idosos tem idade compreendida entre os 75 e os 84 anos (41,2%), seguindo-se 37,2% com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos. De referir que o grupo etário de indivíduos mais idosos (≥ 85 anos) é o menos representativo (21,6%).

Quanto à distribuição dos idosos segundo o seu estado civil, pode-se constatar que a maior parte (47,1%) são casados, sendo que 43,1% são viúvos e apenas 9,8% solteiros

Quadro 1 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis socio-demográficas.

Variáveis Sócio-demográficas	n	%
Sexo		
Feminino	28	54,9
Masculino	23	45,1
Grupo etário		
65 - 74 anos	19	37,2
75 - 84 anos	21	41,2
≥ 85 anos	11	21,6
Idade Md =79 Mo=68 Máx.=93 Min=65		
Estado Civil		
Solteiro	5	9,8
Casado	24	47,1
Viúvo	22	43,1

Quanto a caracterização socio-económica dos idosos em estudo (Quadro 2), no que se refere a escolaridade, a maior parte dos idosos (47,1%) possui entre um e quatro anos de escolaridade, de salientar que 19,6% são analfabetos e apenas 9,8% possui formação superior. A maioria (52,9%) reside em meio rural. Quando questionados sobre o rendimento mensal que auferem, a maioria (64,7%) não respondeu, sendo que 13,7% auferem 300€ ou menos e apenas 2,0% referiram auferir um rendimento mensal superior a 1100€.

Igual percentagem (29,4%) de idosos vive com o conjugue ou com a família, sendo que 23,5% vive só e 17,6% reside numa instituição.

Quadro 2 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis socio-económicas

<i>Variáveis Socio-económicas</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto	10	19,6
Sabe Ler e Escrever	9	17,6
1 a 4 anos	24	47,1
5 a 9 anos	3	5,9
Ensino Superior	5	9,8
<i>Zona Residência</i>		
Rural	27	52,9
Urbana	24	47,1
<i>Rendimento Mensal</i>		
177,05€ – 300€	7	13,7
300,01€ – 500€	4	7,8
900,01€ – 1100€	1	2,0
> 1100€	1	2,0
Não Sabe	5	9,8
Não Responde	33	64,7
<i>Situação Coabitação</i>		
Vive Só	12	23,5
Conjugue	15	29,4
Família	15	29,4
Instituição	9	17,6

7.2.- CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA

Em relação ao tipo de dependência que os idosos apresentavam (avaliado pelo índice de Barthel), (Quadro 3), podemos verificar que a maior parte é independente moderada com (39,3%), seguindo-se 29,4% com dependência moderada, com dependência severa 11,8%, a dependência total com 13,7% e a independência ligeira com 9,8%.

Quadro 3 – Tipo de dependência dos idosos

<i>Tipo de Dependência</i>	n	%
Independência ligeira	3	9,8
Independência moderada	20	39,3
Dependência Moderada	15	29,4
Dependência Severa	6	11,8
Dependência Total	7	13,7

No que respeita a caracterização clínica dos idosos, A grande maioria dos idosos em estudo (84,3%) refere sofrer de doenças crónicas. Destas a que tem maior prevalência (78,5%) são as doenças cardiovasculares, seguindo-se as doenças psiquiátricas (29,4%) e osteoarticulares (19,6%) (Gráfico 2.)

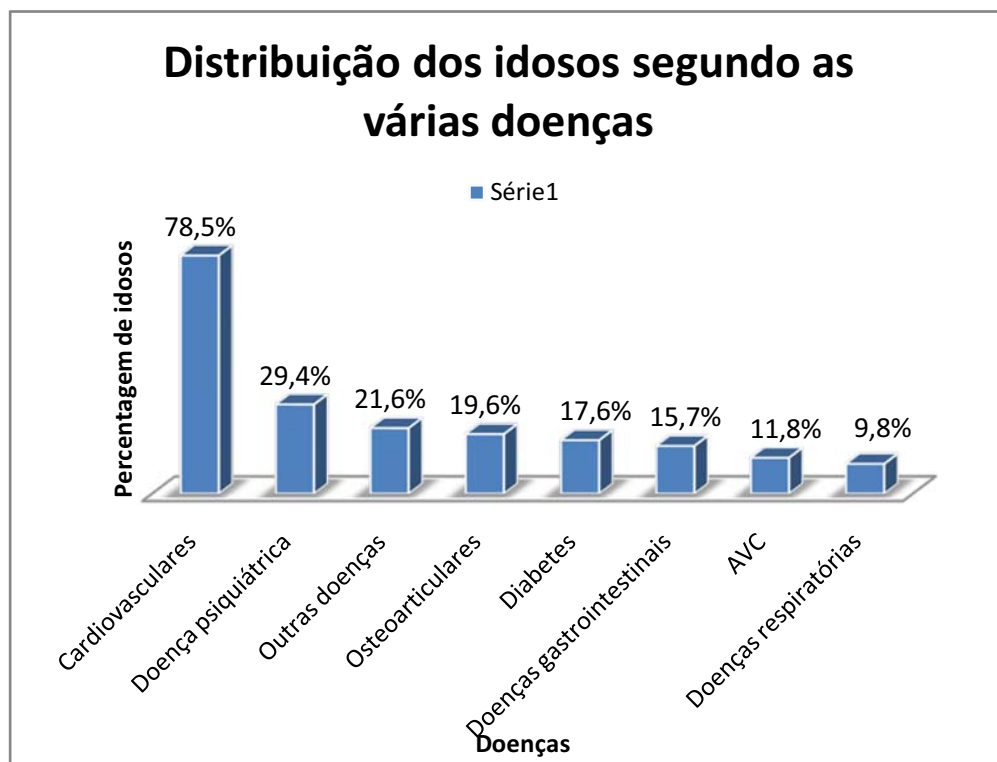


Gráfico 2 – Distribuição dos idosos segundo as várias doenças crónicas

7.3.- CARACTERIZAÇÃO GRAU DE CONHECIMENTO DO IDOSO ACERCA DOS FÁRMACOS QUE TOMA

Quanto ao grau de conhecimento dos 191 medicamentos tomados regularmente pelos idosos em estudo (Quadro 10), podemos verificar que, quando questionados se conhecem os fármacos que tomam regularmente, a grande maioria dos fármacos (91,6%) é conhecido dos idosos em estudo. Quanto à finalidade a que se destina os fármacos utilizados, a grande maioria (83,2%) é do conhecimento dos idosos. Para a grande maioria dos medicamentos (81,2%) os idosos possuem suporte escrito acerca dos mesmos.

A totalidade da via de administração dos medicamentos é do conhecimento dos idosos, sendo maioritariamente (96,3%) por via oral. Os idosos em estudo reconhecem a grande maioria (93,2%) o médico prescriptor dos medicamentos que tomam. O tempo a que tomam os medicamentos não é conhecido na grande maioria dos medicamentos (74,3%) tomados pelos idosos (Gráfico 3).

Quanto a adesão ao esquema terapêutico instituído pelo médico prescriptor por parte dos idosos, é uma realidade para a grande maioria (86,4%) dos medicamentos.

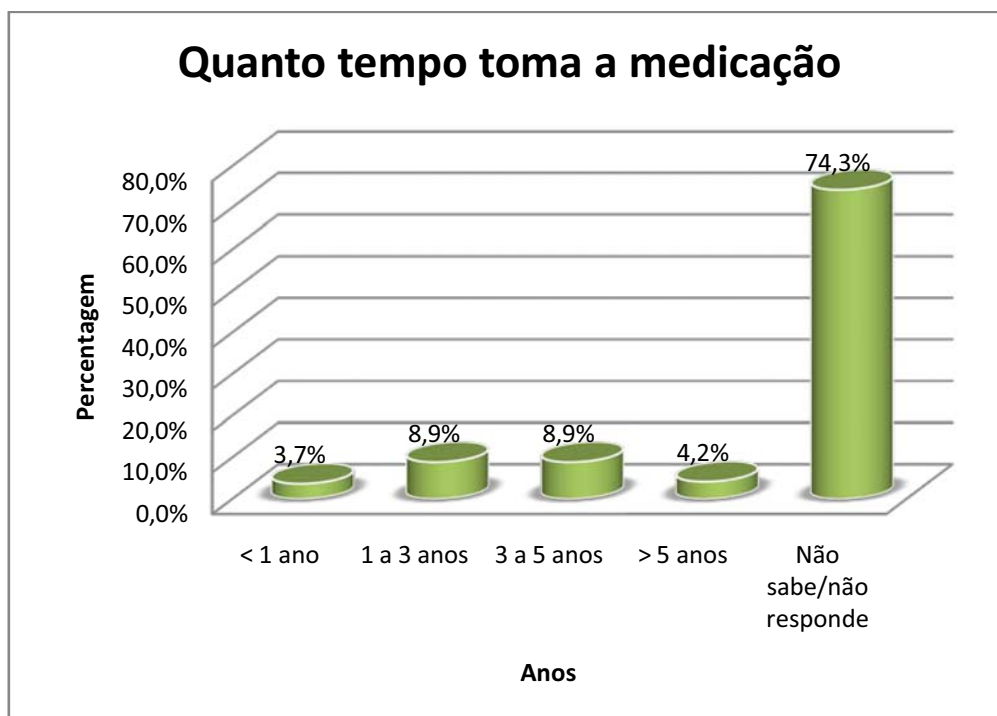


Gráfico 3 – Quanto tempo tomam os idosos os medicamentos

7.4.- CARACTERIZAÇÃO PERFIL TERAPÊUTICO DOS IDOSOS

Como podemos verificar no quadro 4 no que respeita à medicação, podemos constatar que no que se refere à preparação da medicação que os idosos tomam, maioritariamente (56,9%) é o próprio que a prepara, seguido por 19,6% em que é preparada por outro cuidador. Os idosos em estudo, quando questionados se deixaram de comprar medicamentos por falta de dinheiro, 15,7% respondeu afirmativamente. A maioria dos idosos em estudo (54,9%) tem por hábito ler os folhetos informativos dos novos medicamentos antes de os tomar.

Os idosos em estudo, quando questionados se já ouviram falar de interacções medicamentosas, a maioria (62,7%) respondeu negativamente. A maioria (66,7%) não sabe o que significa a expressão “interacções medicamentosas”, bem como, a maioria (58,8%) não reconhece potenciais riscos associados as interacções medicamentosas. A quase totalidade dos idosos em estudo (92,2%), referiram que sempre que vão a uma consulta informam o médico de todos os medicamentos que estão a tomar, mesmo os prescritos por outro médico.

Quadro 4 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis associadas a medicação

Medicação	n	%
Quem Prepara Medicação		
Próprio	29	56,9
Cônjuge	5	9,8
Familiar	7	13,7
Outro Cuidador	10	19,6
Deixou Comprar Medicação por Falta de Dinheiro?		
Sim	8	15,7
Não	43	84,3
Lê Folhetos Informativos?		
Sim	28	54,9
Não	23	45,1
Ouviu falar de Interações Medicamentosas?		
Sim	19	37,3
Não	32	62,7
Sabe o que são Interações Medicamentosas?		
Sim	17	33,3
Não	34	66,7
Reconhece Riscos Associados as Interações		
Sim	21	41,2
Não	30	58,8

No quadro 5, observa-se que a maioria dos idosos (58,8%) afirmam que apenas um médico é o prescritor dos medicamentos que tomam, 31,4% referiram dois prescritores.

Quadro 5 - Distribuição dos idosos segundo o número de prescritores de medicamentos que tomam

Nº de Prescritores	n	%
0	1	2,0
1	30	58,8
2	16	31,4
3	4	7,8
Total	51	100,0

A análise do quadro 6, permite conhecer o número de medicamentos que os idosos tomavam antes do internamento na unidade de queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Assim a média é de 3,51 medicamentos, a maior parte dos idosos (27,5%) toma quatro medicamentos, sendo que 23,5% tomam cinco ou mais medicamentos.

Quadro 6 - Distribuição dos idosos segundo o número de medicamentos que tomam

Nº de Medicamentos	n	%
0	3	5,9
1	2	3,9
2	9	17,6
3	11	21,6
4	14	27,5
≥ 5	12	23,5
Total	51	100,0

$M_0 = 4$ $Md = 4$ $Min. = 0$ $Máx. = 8$

Quanto as principais categorias dos 151 medicamentos mais utilizadas pelos idosos em estudo (Quadro 7), podemos verificar que em primeiro lugar (16,8%) surgem os psicofármacos, seguindo-se com 14,7% os anti-hipertensores e em terceiro lugar os anticoagulantes (9,9%). De referir que as vitaminas e sais minerais são utilizados por apenas 0,5% dos idosos.

Quadro 7 - Distribuição dos medicamentos tomados pelos idosos em estudo segundo o grupo farmacológico.

Grupo Farmacológico	n	%
Anti-hipertensor	28	14,7
Antiácido	18	9,4
Analgésico e antipirético	10	5,2
Antiarrítmico	9	4,7
Anticoagulante	19	9,9
Diurético	11	5,8
Psicofármacos	32	16,8
Anti-inflamatório	11	5,2
Outros	53	27,4
Total	191	100,0

Quanto ao número de interações medicamentosas dos medicamentos tomados pelos idosos em estudo (Quadro 8), podemos constatar que a maior parte dos idosos (41,2%) não toma medicamentos com risco de interação medicamentosa, sendo que 11,8% dos idosos toma cinco ou mais medicamentos com risco de ocorrerem interações medicamentosas.

Quadro 8 - Distribuição dos idosos segundo o risco de interações medicamentosas dos medicamentos que tomam

Nº de Interações Medicamentosas	n	%
0	21	41,2
1	9	17,6
2	2	3,9
3	8	15,7
4	5	9,8
≥ 5	6	11,8
Total	51	100,0

$M_0 = 0$	$Md = 1$
$Min. = 0$	$Máx. = 8$

Quanto ao tipo de interações medicamentosas dos fármacos tomados pelos idosos em estudo (avaliado pelo lexi-interact monograph description), o Quadro 9, permite-nos observar os valores médios obtidos para cada tipo de interação. Assim podemos verificar que a interação tipo “C” são aquelas com maior risco de ocorrerem (valor médio mais elevado), seguindo-se a tipo “B” ($\bar{X}=0,14$), “D” ($\bar{X}=0,11$) e “A” ($\bar{X}=0,01$). De salientar que as interações tipo “X” não apresentam nenhum risco de ocorrerem.

Quadro 9 – Estatística descritiva do tipo de interações medicamentosas.

<i>Tipo de Interação Medicamentosa</i>	\bar{X}	DP	M_0	Md	Mín.	Max.
A	0,01	0,10	0	0	0	1
B	0,14	0,39	0	0	0	2
C	0,67	0,96	0	0	0	4
D	0,11	0,36	0	0	0	2
X	0	0	0	0	0	0

7.5 – TESTES DE HIPÓTESES

De forma a testar a relação entre as variáveis procedeu-se ao teste de cada uma das variáveis, procedimento apresentado por meio de quadros antecidos da respectiva análise. Foi considerado um nível de significância de 0,05, com intervalo de confiança de 95,0%.

HIPÓTESE 1: Existe relação entre a quantidade de medicamentos administrados e o risco de interacções medicamentosas nos Idosos

Ao relacionarmos a forma como o número de medicamentos que os idosos tomam, com o risco de interacções medicamentosas (correlação de Spearman), em termos gerais, observa-se uma tendência para o número de medicamentos se correlacionar positivamente com o risco de interacções medicamentosas sendo a correlação altamente significativa ($\rho = 0,749$; $p < 0,001$). A análise pelo tipo de interacções, permite constatar que essa diferença é altamente significativa ($p < 0,001$) nas interacções tipo B e C, sendo bastante significativa nas interacções tipo D ($\rho = 0,359$; $p = 0,010$); contudo não se verificaram correlações estatisticamente significativas ($P > 0,05$) nas interacções tipo A. ou seja, consoante aumentam o número de medicamentos tomados pelos idosos estes tem maior de interacções medicamentosas, nomeadamente interacções do tipo B, C e D (Quadro 10)

Quadro 10 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o número de medicamentos que os idosos tomam e o risco de interacções medicamentosas

Número de Medicamentos	ρ	p
Interacções tipo A	0,064	0,657
Interacções tipo B	0,517	0,000*
Interacções tipo C	0,676	0,000*
Interacções tipo D	0,359	0,010
Interacções Global	0,749	0,000*

* $p < 0,0001$

HIPÓTESE 2: Existe relação entre o número de prescritores de medicamentos e o risco de interacções medicamentosas nos Idosos

Com o intuito de verificar a segunda hipótese de investigação: há relação entre o número de prescritores de medicamentos e o risco de interacções medicamentosas, foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman. Pela análise do Quadro 9, observa-se que se verificam correlações positivas para o total de interacções bem como para cada. Contudo estas correlações só são significativas ($p < 0,05$) em relação ao global das interacções ($\rho = 0,399$; $p = 0,004$), e nas interacções tipo B ($\rho = 0,376$; $p = 0,007$) e C ($\rho = 0,313$; $p = 0,025$). Assim, podemos afirmar que consoante aumenta o número de prescritores de medicamentos os idosos tem maior risco de interacções medicamentosas, nomeadamente tipo B e C (Quadro 11).

Quadro 11 - Coeficiente de Correlação de Spearman entre o número de prescritores de medicamentos e o risco de interacções medicamentosas

Número de Prescritores	ρ	p
Interacções tipo A	0,148	0,299
Interacções tipo B	0,376	0,007
Interacções tipo C	0,313	0,025
Interacções tipo D	0,157	0,271
Interacções Global	0,399	0,004

8 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Embora o envelhecimento seja um processo natural e comum a todas as pessoas, decorrente do ciclo de vida biológico, constituído pelo nascimento, crescimento e morte; ele é vivido de forma variável consoante o contexto social em que a pessoa se insere (MONIZ, 2003).

Dado o rápido crescimento da população idosa, estas ambiguidades e desafios relativos aos cuidados geriátricos, ganharam maior relevância (FIRMINO, 2006). Com o envelhecimento aumenta o número de doenças crónicas e com elas a consequente necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo (GALVÃO, 2006).

As reacções iatrogénicas a medicamentos são mais comuns nos idosos por várias razões fisiológicas, incluindo as alterações na absorção, a diminuição da circulação renal, a diminuição do fluxo sanguíneo para o fígado e a alteração da resposta a medicamentos (STANHOFE, 1999). A polimedicação é extremamente comum no idoso, aumentando o risco de interacções medicamentosas problemáticas e o risco de efeitos colaterais indesejados. As pessoas idosas são mais sensíveis a estes efeitos e as consequências podem ser sérias (FIRMINO, 2006).

Sendo assim, torna-se pertinente a formação, avaliação e actuação do enfermeiro perante o idoso, tendo como objectivo a prevenção da doença e promoção e manutenção da sua saúde (STANHOFE, 1999). Neste sentido é de extrema importância o estudo a realizar, com vista a conhecer o perfil terapêutico do idoso e as possíveis interacções medicamentosas que possam existir.

Como já foi referido na metodologia, o questionário foi construído pelas investigadoras, e com a colaboração e orientação do Professor Francisco Pimentel; que foi aplicado aos idosos, cuidador principal / família, através de entrevista.

Foi realizado o pré-teste; que consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões são bem compreendidas. Assim sendo, aplicamos o questionário a 10 idosos de forma aleatória da nossa população, não se tendo verificado a necessidade de alterar o Instrumento de Recolha de Dados.

Dos utentes abordados para a participação neste estudo, depois de terem sido explicados a cada idoso, através de uma linguagem compreensível, os objectivos e conteúdos formas e vantagens de participação no estudo; de maneira que pudesse

decidir participar livremente e com conhecimento de causa; nenhum idosos recusou responder ao questionário.

Relativamente às limitações deste estudo, uma das limitações é o tamanho da amostra, por esta ser constituída por 51 pessoas idosas, contudo, isto deve-se ao facto da UQ dos HUC ser constituído por 10 camas e os internamentos serem bastantes prolongados.

Tendo em conta estes aspectos, iniciamos a discussão dos resultados no nosso estudo, tendo em conta os conhecimentos e referências com que contactamos ao longo das leituras efectuadas para a fundamentação teórica deste estudo.

A amostra é constituída por 51 idosos internados na UQ dos HUC. A idade dos idosos que fizeram parte da investigação varia entre os 65 anos (critério de inclusão na amostra) e a idade máxima de 93 anos. A mediana foi 79 anos e a moda 68 anos.

Relativamente ao género, constata-se um predomínio do género feminino em relação ao género masculino. O envelhecimento populacional é mais notório nas mulheres, cuja proporção se elevou a 19,7% (19,5% em 2006), contra 15,0% nos homens (14,9 % em 2006) (INE, 2007).

No que diz respeito ao estado civil, 47,1% dos idosos são casados e 9,8% são solteiros. A maioria dos idosos (52,9%) residem no meio rural; e 29,4% vivem com a família ou com o conjugue, 23,5% vive só e apenas 17,6% vive numa instituição. PAÚL (2005) a percentagem de famílias com pelo menos um idoso é 32,5% e, destas 50,5% consistem em idosos a viverem sozinhos e 48,1 % correspondem a casais de idosos, sendo a coabitação reduzida, ou seja o número de famílias de idosos está a aumentar e as famílias multigeracionais a diminuir. Segundo dados do INE (2006), a maioria dos idosos (62,8%) vivia com o cônjuge (só com o cônjuge, com ou sem filhos e outros), 20,7% viviam sós e 16,5% viviam sem cônjuge (com ou sem filhos e outros). Por tipologia do agregado, verifica-se que a maior proporção dos idosos, naquele ano, vivia só com o cônjuge (44,2%) ou sozinho (20,7%).

Nesta investigação, a maioria dos idosos 47,1% tem entre 1 a 4 anos de escolaridade, 19,6% são analfabetos, e apenas 5,9 % entre 5 a 9 anos de escolaridade. Tal facto está relacionado com a média de idades destes idosos e porque outrora o grau de estudo não era valorizado. A escolaridade era difícil, eles assumiam muito cedo o sustento da família. Estes aspectos reflectem o baixo índice de instrução entre os idosos.

Relativamente ao rendimento mensal a maioria dos idosos, 64,7% não respondeu a esta questão; e 13,7% referiu receber mensalmente entre 177,05 € e 300 €. Para PAÚL (2005), refere que um terço do total de idosos pode ser considerado pobre,

quer em função do critério do tipo de casa e equipamento, quer do rendimento, sendo isto particularmente verdade em relação aos que vivem sós. Contudo, afirma ainda que não basta saber o valor da reformas, isto porque; esse índice objectivo tem um peso diferente se estivermos a focar um idoso residente em Lisboa ou um idoso residente numa aldeia.

Na nossa amostra verificamos que a maioria dos idosos 84,3% possui doenças crónicas. Destas as que têm maior prevalência são as doenças cardiovasculares com 78,5%, seguindo-se as doenças psiquiátricas com (29,4%) e as osteoarticulares com (19,6%). Segundo GUIMARÃES (2006), os idosos sofrem frequentemente de mais de uma doença: num hospital geriátrico 78% dos doentes internados apresentam 4 ou mais situações mórbidas crónicas e 13% atingiam as 8 ou mais doenças.

Quanto ao grau de conhecimentos que o possui acerca da medicação que realiza; a maioria dos idosos (91,6%), conhece os fármacos que toma regularmente; bem como a finalidade a que se destina os medicamentos utilizados (83,2%). Para a grande maioria dos medicamentos (81,2%) os idosos possuem suporte escrito acerca dos medicamentos. Segundo DUARTE (2005), é com frequência, que se pode verificar que os idosos têm dificuldades em saber o nome das medicações que tomam, bem como para que o fazem; o que não se veio a confirmar no nosso estudo.

Contudo; os idosos quando questionados sobre o tempo a que tomam os medicamentos, este não é conhecido na maioria dos medicamentos (73,8%) tomados pelos idosos.

No nosso estudo podemos constatar que relativamente à adesão ao esquema terapêutico instituído pelo médico prescriptor por parte dos idosos, é uma realidade para a grande maioria (86,4%); ao passo que segundo; dados estatísticos, vieram provar, que uma parte considerável dos doentes não executa a prescrição médica; isto é, a adesão do doente é muitas vezes (30 a 50% dos casos) incompleta ou nula. Muitos dos doentes não compram os medicamentos receitados, outras vezes não tomam a dose prescrita (geralmente reduzem-na) (GUIMARÃES, 2006). Para outro autor a não aderência do paciente ao tratamento pode resultar de esquecimento ou confusão ou então decidir não tomar o medicamento, por base experiências anterior. (KATZUNG,2006).

No que respeita a quem prepara a medicação, no estudo podemos verificar que a maioria dos idosos (56,9%) preparam a sua medicação, (19,6%) é outro cuidador, (9,8%) é o cônjuge e 13,7% são familiares; o que vem de encontro ao que o autor GUIMARÃES (2006) refere, quando afirma que o indivíduo idoso está frequentemente desinteressado, apático ou deprimido; a sua memória é fraca, a sua visão pode estar

comprometida; pelo que é muitas vezes necessário recorrer à ajuda de familiares ou vizinhos, para garantir uma boa adesão à terapêutica (GUIMARÃES, 2006).

Relativamente à questão se deixou de comprar medicação por falta de dinheiro, 15,7% respondeu afirmativamente; sendo que para, KATZUNG (2006); outro factor que interfere na adesão à medicação, consiste no facto do preço dos medicamentos poder representar um importante desânimo para os pacientes que recebem reformas insuficientes.

Os idosos em estudo, quando questionados se já ouviram falar de interacções medicamentosas, a maioria (62,7%) respondeu negativamente. A maioria (66,7%) não sabe o que significa a expressão “interacções medicamentosas”, bem como, a maioria (58,8%) não reconhece potenciais riscos associados as interacções medicamentosas. A quase totalidade dos idosos em estudo (92,2%), referiram que sempre que vão a uma consulta informam o médico de todos os medicamentos que estão a tomar, mesmo os prescritos por outro médico.

Quanto ao número de prescritores que prescrevem medicamentos aos idosos, observa-se que a maioria dos idosos (58,8%) afirmam que apenas um médico é o prescritor dos medicamentos que tomam, (31,4%) referem que são dois os médicos os prescritores e (7,8%) afirmam que são três os médicos prescritores, dos medicamentos que tomam. Os idosos constituem um grupo de risco neste campo: ingerem numerosos medicamentos, frequentemente prescritos por mais do que um médico (GUIMARÃES, 2006).

Neste estudo pudemos verificar que a maior parte dos idosos (27,5%) toma quatro medicamentos, sendo que (23,5%) tomam cinco ou mais medicamentos. A ocorrência de polifarmácia pode ser explicada pelo número de doenças crónicas nos idosos, elevada incidência de sintomas, consulta e tratamento com especialistas diferentes (DUARTE, 2005).

Quanto ao número de interacções medicamentosas dos medicamentos tomados pelos idosos, podemos constatar que a maior parte dos idosos (41,2%) não toma medicamentos com risco de interacção medicamentosa, sendo que 11,8% dos idosos toma cinco ou mais medicamentos com risco de ocorrerem interacções medicamentosas e 15,7% tomam três medicamentos com risco de ocorrerem interacções medicamentosas. Um estudo realizado nos Estados Unidos aponta para uma incidência das interacções fármaco - fármaco se situam por volta dos 4% quando o número de medicamentos tomados é reduzido (2-3), mas essa percentagem pode atingir os 20% quando o número de medicamentos tomados é grande (10-20). (GUIMARÃES, 2006).

Quanto ao tipo de interacções medicamentosas dos fármacos tomados pelos idosos em estudo (avaliado pelo lexi-interact monograph description), verificamos que a interacção tipo “C” são aquelas com maior risco de ocorrerem ($\bar{X}=0,67$), (valor médio mais elevado), seguindo-se a tipo “B” ($\bar{X}=0,14$), “D” ($\bar{X}=0,11$) e “A” ($\bar{X}=0,01$). De salientar que as interacções tipo “X” não apresentam nenhum risco de ocorrerem.

Ao relacionarmos a forma como o número de medicamentos que os idosos tomam, com o risco de interacções medicamentosas, observa-se uma tendência para o número de medicamentos se correlacionar positivamente com o risco de interacções medicamentosas. A análise pelo tipo de interacções, permite constatar que essa diferença é altamente significativa ($p<0,001$) nas interacções tipo B e C, sendo bastante significativa nas interacções tipo D ($r = 0,359$; $p=0,010$); contudo não se verificaram correlações estatisticamente significativas ($P>0,05$) nas interacções tipo A. Sendo assim consoante aumentam o número de medicamentos tomados pelos idosos estes tem maior risco de interacções medicamentosas, nomeadamente interacções do tipo B, C e D. Segundo GALVÃO (2006) com o envelhecimento aumenta o número de doenças crónicas e com elas a consequente necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo; segundo um estudo, pelo menos 85% dos idosos usam um fármaco prescrito e a maioria mais do que um; o que pode implicar a prescrição de fármacos de diferentes grupos terapêuticos, aumentando os riscos de interacção medicamentosa.

Com o intuito de verificar a segunda hipótese de investigação: há relação entre o número de prescritores de medicamentos e o risco de interacções medicamentosas. Observa-se que se verificam correlações positivas para o total de interacções bem como para cada. Contudo estas correlações só são significativas ($p<0,05$) em relação ao global das interacções ($p= 0,399$; $p=0,004$), e nas interacções tipo B ($p= 0,376$; $p=0,007$) e C ($p= 0,313$; $p=0,025$). Assim, podemos afirmar que consoante aumenta o número de prescritores de medicamentos os idosos tem maior risco de interacções medicamentosas, nomeadamente tipo B e C.

9 - CONCLUSÃO

O envelhecimento gradual da população portuguesa tem consequências que urge reconhecer e estudar no intuito de encontrar soluções adequadas para os problemas.

No processo de envelhecimento há um declínio gradual e insidioso do funcionamento de todos os sistemas orgânicos: endócrinos, imunológico, cardiovascular, respiratório, musculoesquelético, entre outros (Duarte, 2005).

O sucesso terapêutico do tratamento das doenças humanas depende em parte da escolha do medicamento apropriado, para levar à reversão ou à atenuação dos processos fisiopatológicos. A escolha do medicamento deve levar em consideração qual o mais adequado às características fisiopatológicas, à idade ao sexo e à raça do paciente, para além de seleccionar a dose, a via e a frequência de administração do fármaco. (GOMES 2005)

Para a ocorrência de interacções medicamentosas contam-se factores de risco relacionados com o doente, factores de risco relacionados com os medicamentos e factores de risco relacionados com a prescrição (MONTEIRO e tal 2007).

Entende-se por interacção farmacológica a possibilidade de um fármaco (medicamento) poder alterar a intensidade das acções farmacológicas de outro ministrado simultaneamente. O resultado dessa interferência pode ser o aumento ou a diminuição do efeito de um ou de ambos os fármacos ou, até, o aparecimento de um novo efeito que nenhum dos fármacos era capaz de produzir (GUIMARÃES, 2006).

O objectivo geral deste trabalho era Caracterizar o perfil terapêutico de pessoas idosas internadas na Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e avaliar o risco de apresentarem interacções medicamentosas.

Tendo em conta os resultados obtidos, as principais conclusões que se podem retirar do presente estudo são:

- A amostra é pequena, sendo constituída apenas por 51 idosos internados na UQ dos HUC. A idade dos idosos que fizeram parte da investigação varia entre os 65 anos (critério de inclusão na amostra) e a idade máxima de 93 anos. A mediana foi 79 anos e a moda 68 anos.
- Relativamente ao género, constata-se um predomínio do género feminino em relação ao género masculino.

- A maioria dos idosos são casados, possuem entre 1a 4 anos de escolaridade e residem em meio rural com a família ou com o conjugue.
- Na nossa amostra verificamos que a maioria dos idosos possui doenças crónicas; e as que têm maior prevalência são as doenças cardiovasculares, seguindo-se as doenças psiquiátricas e as osteoarticulares.
- Quanto ao grau de conhecimentos que o idoso possui acerca da medicação que realiza; a maioria dos idosos conhece os fármacos que toma regularmente; bem como a sua finalidade e possuem suporte escrito acerca dos medicamentos.
- Relativamente ao tempo a que tomam os medicamentos, a maioria dos idosos não sabe à quanto tempo realiza a medicação.
- A maioria dos idosos preparam a sua medicação, no entanto outros idosos têm que recorrer a outro cuidador, ao cônjuge ou a familiares.
- Apenas 15,7 % dos idosos já deixou de comprar medicação por falta de dinheiro.
- A maioria dos idosos em estudo não ouviram falar de interacções medicamentosas, não sabem o que a expressão significa, nem reconhecem potenciais riscos associados às interacções medicamentosas.
- A quase totalidade dos idosos em estudo referiu que sempre que vão a uma consulta informam o médico de todos os medicamentos que estão a tomar, mesmo os prescritos por outro médico.
- Quanto ao número de prescritores que prescrevem medicamentos aos idosos, observa-se que a maioria dos idosos afirmam que apenas um médico é o prescritor dos medicamentos que tomam, (31,4%) referem que são dois os médicos os prescritores e (7,8%) afirmam que são três os médicos prescritores, dos medicamentos que tomam.
- A maior parte dos idosos (27,5%) toma quatro medicamentos, sendo que (23,5%) tomam cinco ou mais medicamentos.
- Quanto ao número de interacções medicamentosas dos medicamentos tomados pelos idosos, podemos constatar que a maior parte dos idosos (41,2%) não toma medicamentos com risco de interacção medicamentosa, sendo que 11,8% dos idosos toma cinco ou mais medicamentos com risco de ocorrerem interacções

medicamentosas e 15,7% tomam três medicamentos com risco de ocorrerem interações medicamentosas.

- Quanto ao tipo de interações medicamentosas dos fármacos tomados pelos idosos em estudo (avaliado pelo lexi-interact monograph description), verificamos que a interação tipo “C” são aquelas com maior risco de ocorrerem, seguindo-se a tipo “B”, “D” e “A”. De salientar que as interações tipo “X” não apresentam nenhum risco de ocorrerem.

- Ao relacionarmos a forma como o número de medicamentos que os idosos tomam, com o risco de interações medicamentosas, observa-se uma tendência para o número de medicamentos se correlacionar positivamente com o risco de interações medicamentosas; assim sendo consoante aumentam o número de medicamentos tomados pelos idosos estes tem maior risco de interações medicamentosas, nomeadamente interações do tipo B, C e D.

- Ao relacionarmos o número de prescritores de medicamentos e o risco de interações medicamentosas, podemos afirmar que consoante aumenta o número de prescritores de medicamentos os idosos tem maior risco de interações medicamentosas, nomeadamente tipo B e C.

Reconhecemos que futuramente seria pertinente realizar este estudo com um universo maior.

BIBLIOGRAFIA

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle – **Pessoas idosas uma abordagem global**. Lusodidacta, 1995, ISBN 972-95399-8-7.

BALLONE, Gb – **O uso de Medicamentos em Idosos e a Iatrogenia**, 2002. Disponível em [www:<http:// siyes.uol.com.br/gballone/geriat/medicam.html](http://siyes.uol.com.br/gballone/geriat/medicam.html).

CIPE – **Classificação Internacional para a prática da Enfermagem**, 1999;

COSTA, Ana – Estudo da automedicação entre os profissionais de saúde. **In Mundo farmacêutico**. Julho – Agosto 2004.

CRISÓSTOMO, Serra e Gomes – **Epidemiologia das queimaduras**. *In Tratado de Queimaduras*, São Paulo: 2004, Editora Atheneu; ISBN 85-7379-653-7; Cap 5; p.31-36;

DUARTE, Yeda; DIOGO, Maria – **Atendimento domiciliário** – Atheneu, 2005.

FERNANDES, Purificação – **A depressão do idoso**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2002. ISBN: 972-8535-61-9

FORTIN, Marie Fabienne - **O processo de investigação: da concepção à realização**. (3ª Edição) Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-88383-10-X.

FIRMINO, Horácio [et al.] – **Psicogeriatría**. Psiquiatria clínica, 2006

GALVÃO, Cristina. - O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Nº 22 , 2006. pág.747-752.

GOMES, Maria; REIS, Adriano – **Ciências Farmacêuticas uma abordagem em farmácia hospitalar** 1ª Edição, Atheneu, 2005.

GUIMARÃES, Serafim; MOURA, Daniel; SILVA, Patrício.S. - **Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas: Manual de Farmacologia e Farmacoterapia** 5ª Edição. Porto: Porto Editora, 2006 ISBN 972 – 06029 -8.

INE – Dia internacional do idoso – 1 de Outubro de 2007

INE – Dia Mundial da população – 11 de Julho de 2007

JÚNIOR, Edmar; SERRA, Maria Cristina – **Tratado de Queimaduras**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

KATZUNG, Bertram G – **Farmacologia básica e clínica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006 ISBN 0-07-141092-9.

LAINS, Jorge – **Guia para o sistema uniformizado de dados para a reabilitação médica**. Coimbra, 1991.

MONTEIRO, Cármen; MARQUES, Francisco Batel; RIBEIRO, Carlos Fontes – Interacções Medicamentosas como causa de iatrogenia evitável – **In Revista Portuguesa de Clínica Geral**; 2007.

MORAIS, Lina – Apoio familiar ao idoso – **Geriatrics** – Lisboa – ISSN 0871-5380 Ano XII Nº 118 (Outubro 1999) p. 28-30.

PINTO, Anabela Mota et al. – **Envelhecer vivendo**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN: 972-8535-86-4.

PAUL, Constança; FONSECA, António; - **Envelhecer em Portugal** – Climepsi editores, 2005. ISBN: 972-976-185-1.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette – **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, Carlos – interacções medicamentosas do idoso. **In O Médico**, Julho-Agosto de 2002

SAMPAIO, Daniel – Novas formas de família – **In Adolescentes** – Lisboa – Ano 3, Nº10 (Abril / Junho, 1999), p. 8-10.

SEHN, R. (et al) – Interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes hospitalizados. **In Infarma**, V.15, nº9-10 (Set/Out 2003).

SILVA, Aranda – Interação Alimento – Medicamento. **In Boletim do Cim**, centro de informação do medicamento, ordem dos farmacêuticos. – Maio / Junho de 2005.

SOARES, M.- Interações versus Incompatibilidades Medicamentosas. **In Revista Cedime Informação**, Nº 62, Nov. - Dez.2000.

STANHOFE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem comunitária – Promoção da saúde de grupos famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lusociência, Lisboa 1999. ISBN: 972-8383-05-3.

ANEXOS

Questionário



“Perfil terapêutico e risco de interacção medicamentosa no idoso”

Caso nº _____

Data de colheita _____

Investigador _____

QUESTIONÁRIO

1 – **Fonte de Informação:** Doente ☐ Cuidador ☐

2 – **Tipo de Dependência (segundo o índice de Barthel):**

- ☐ - De 80 a 100 pontos - indivíduo independente
- ☐ - De 60 a 79 pontos – mínimo de ajuda
- ☐ - De 40 a 59 pontos – parcialmente dependente
- ☐ - De 20 a 39 pontos – Muito dependente
- ☐ - De 0 a 19 pontos – Totalmente dependente

3 – **Motivo de Internamento/Consulta:** _____

4 - **Serviço/Consulta: Qual?** _____

5 – **Idade:** _____ 6 – **Sexo:** M ☐ F ☐

7 – **Estado Civil:** Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Não responde ☐

8 – **Escolaridade:** Analfabeto ☐ Sabe ler e escrever ☐ 1 a 4 anos ☐

5 a 9 anos ☐ 10 a 12 anos ☐ Ensino Superior ☐ Não sabe ☐ Não responde ☐

9 – **Local de Residência:** Zona Rural ☐ Zona Urbana ☐ Não responde ☐

10 – Rendimento mensal aproximado: 177,05€ - 300€ ☐ 300,01€ - 500€ ☐ 500,01€ - 700€ ☐ 700,01€ - 900€ ☐ 900,01€ - 1100€ ☐ > 1100€ ☐
Não sabe ☐ Não responde ☐

10.1 - Já deixou de comprar medicação por falta de dinheiro?

Sim ☐ Não ☐ Não responde ☐

11 – Vive: Só ☐ Com Cônjuge ☐ Com Família ☐ Em Instituição ☐
Com outro Cuidador ☐ Não responde ☐

12 – A medicação é preparada por: Próprio ☐ Cônjuge ☐ Membro da Família ☐
Outro Cuidador ☐ Não responde ☐

13 – Doenças Crónicas: Não ☐ Sim ☐ Não responde ☐ Se sim, quais? _____

14 – Esquema Terapêutico: (*Tabela, ver em folha anexa*)

15 – Lê o Folheto Informativo dos novos medicamentos, antes de os tomar?

Sim ☐ Não ☐ Não responde ☐

16 – Já ouviu falar de interacções medicamentosas?

Sim ☐ Não ☐ Não responde ☐

16.1 - Sabe o que a expressão significa? Sim ☐ Não ☐ Não responde ☐

16.2 - Reconhece potenciais riscos associados a interacções?

Sim ☐ Não ☐ Não responde ☐

17 – Quando vai a uma consulta, informa o médico de todos os medicamentos que está a tomar, mesmo os prescritos por outro médico?

Sim ☐ Não ☐.....Não responde ☐

Nome Comercial	Finalidade	Via	Horário	Quem prescreveu	Há quanto tempo toma?	Tem suporte escrito acerca desta medicação?	Toma a medicação de forma correcta?
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe

Anexo II

Guião

A)- ESCALA DE BARTHEL

B)- ESQUEMA DA TABELA TERAPÊUTICA

A) - ESCALA DE BARTHEL

A Escala de Barthel permite-nos avaliar, através das actividades de vida diária, o grau de dependência e de independência.

<p>Alimentação:</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente (0 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuda (5 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Independente (10 Pontos)</p> <p>Banho:</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente (0Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Independente (5 Pontos)</p> <p>Vestuário:</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente (0 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuda (5 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Independente (10 Pontos)</p> <p>Higiene Pessoal:</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente (0 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Independente (5 Pontos)</p> <p>Dejecções:</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinente (0 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Acidente Ocasional (5 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Contigente (10 Pontos)</p> <p>Micção:</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinente (0 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Acidente ocasional (5 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Contigente (10 Pontos)</p>	<p>Uso de sanitário:</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente (0 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuda (5 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Independente (10 Pontos)</p> <p>Transferências</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente (0 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Grande ajuda (5 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuda mínima (10 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Independente (15 Pontos)</p> <p>Mobilidade</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente (0 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Independente em cadeira de rodas (5 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuda (ex. andarilho) (10 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Independente (15 Pontos)</p> <p>Escadas</p> <p><input type="checkbox"/> Dependente (0 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Ajuda (5 Pontos)</p> <p><input type="checkbox"/> Independente (10 Pontos)</p>
Sub-total= ____	Sub-total= ____
TOTAL= ____	

Pontuação:

De 80 – 100 pontos - Independente

De 60 a 79 pontos – Mínimo de ajuda

De 40 a 59 pontos – importante dependência

De 20 a 39 pontos – Muito dependente

De 0 a 19 pontos – Totalmente dependente

B) - ESQUEMA PARA A TABELA TERAPÊUTICA

Referente à questão nº14, relativamente ao esquema terapêutico, que se encontra na em Anexo I (última folha do questionário); nomeadamente no que diz respeito à última questão: “toma a medicação de forma correcta?”. Se a resposta do idoso for não, surge então a questão porquê e daí advém a necessidade do esquema seguinte:

1. Toma o prescrito mas a outra hora
2. Toma o prescrito mas só quando acha necessário
3. Toma doses inferiores à prescrita
4. Toma doses superiores à prescrita
5. Recusa esquema prescrito
6. Outro

Anexo III

Pedido de autorização do estudo

Exmo. Senhor,
PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DOS HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados.

Diana Maria da Cruz Afonso, Enfermeira dos Hospitais da Universidade de Coimbra a exercer funções na Unidade de Queimados, aluna do Mestrado em Gerontologia, na Secção Autónoma de Ciências da Saúde, na Universidade de Aveiro, vem requerer autorização para realizar uma colheita de dados no respectivo serviço.

Sob orientação do Professor Dr. Francisco Pimentel, irei desenvolver a Tese de Mestrado, na área da Interação Medicamentosa, mais especificamente, avaliar o perfil medicamentoso do Idoso com mais de 65 anos e qual o risco de interação medicamentosa. Esta é uma área que nos interessa particularmente, pelo aumento de problemas crónicos de saúde nos idosos e consequentemente a polifarmacologia, que acarreta sérios riscos. A própria alteração fisiológica do organismo, bem como medicamentos não prescritos e consumidos, o recorrer a várias especialidades e a omissão da toma de alguns medicamentos, tudo isto contribui de forma alargada para esta interação, muitas vezes desvalorizada.

Pretendo realizar a colheita de dados de Fevereiro de 2008 a Fevereiro de 2009, através da aplicação de um questionário por entrevista, pelo que gostaria de solicitar a V. Exa. o acesso às referidas Unidades, e ainda a participação das pessoas idosas das unidades em questão que reúnam os critérios de inclusão, para a colheita supra citada. Este questionário avalia o perfil medicamentoso do idoso até à data do seu episódio na Unidade de Queimados, não estabelecendo qualquer relação com a medicação administrada quer neste serviço.

Os referidos critérios de inclusão encontram-se no Projecto e o questionário em anexo I

Serão garantidas as normas de boa prática clínica, inerentes aos processos de investigação. Toda a informação será estritamente confidencial e mantido o anonimato de todos os participantes e o nome desta Instituição. A única informação a publicar será reunida e analisada, e garantimos o retorno dos resultados da pesquisa à Instituição.

Acreditamos que o nosso pedido possa merecer atenção, compreensão e aprovação para levar a cabo esta investigação.

Subcrevo-me com os nossos cumprimentos e aguardando a sua resposta, com a maior brevidade possível.

Pede deferimento;

Atentamente,

Diana Maria da Cruz Afonso

Diana Maria da Cruz Afonso

O Orientador do projecto,

Francisco Pimentel

Francisco Luis Pimentel

Coimbra, 16 de Janeiro de 2008

Anexo IV

Autorização da instituição para a realização do estudo



Ministério da Saúde

HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Exma. Senhora
Enfermeira Diana Maria da Cruz Afonso
Unidade de Queimados dos
Hospitais da Universidade de Coimbra

S/Ref ^o	S/Comunicação	N/Ref. – Ofício n.º	Data
		PC – 617/08	22.04.2008

Assunto: Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação para Tese de Mestrado subordinado ao tema "Perfil Terapêutico e Risco de Interação nas Pessoas Idosas Internadas na Unidade de Queimados" – (Aplicação de questionário e entrevista na Unidade de Queimados dos HUC) – (registo do CA nº 478) – Diana Maria da Cruz Afonso – Enfermeira na Unidade de Queimados dos HUC e aluna do Mestrado em Gerontologia na Secção Autónoma de Ciências da Saúde na Universidade de Aveiro.

Tenho presente o requerimento de V. Exa. para a apreciação por este Conselho de Administração para realização de trabalho de investigação para Tese de Mestrado na Unidade de Queimados dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no âmbito do trabalho de investigação em epígrafe, que muito agradeço.

O pedido foi submetido a parecer da Comissão de Ética para a Saúde destes Hospitais e após ter obtido parecer favorável sou a informar que se autoriza a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

FJR/AC

(Prof. Doutor Fernando Regateiro)

Consentimento Informado

(Adaptado de: Cohen, Marlene Z. 2000 *In Hermeneutic Phenomenological Research: A Pratical Guide for Nurse Researchers*. Marlene Zichi Colen, David L. Kahn e Richard H Steeves (cords.) California: Sage Publications pp. 1-12).

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título: Perfil terapêutico e risco de interações medicamentosas nas Pessoas Idosas

Serviço: Unidade de Queimados e consulta externa de Queimados

Investigadora: Enfermeira Diana Maria da Cruz Afonso

Contacto telefónico: 961201600

Objectivo: está-lhe a ser solicitada a participação neste estudo para analisar se conhece os medicamentos que toma, os conhecimentos que possui sobre os medicamentos e avaliar o possível risco de interações medicamentosas.

Procedimento: numa entrevista com o enfermeiro (investigador) vão-lhe ser solicitadas algumas informações gerais sobre si e depois feitas perguntas sobre os medicamentos que toma, os conhecimentos que tem sobre os medicamentos e para que servem. A entrevista, que pode demorar cerca de 30 min., consiste na aplicação de um questionário, e posteriormente analisada pelo investigador e pelo professor que orienta este estudo. Nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário e no trabalho final. O seu nome e o nome de outras pessoas que mencione serão substituídos por um código.

Riscos: pode sentir alguma inconveniência relacionada com o tempo envolvido na entrevista, para a realização do questionário. Pode ainda sentir-se desconfortável por falar em alguns tópicos sensíveis. A sua participação não causará impacto no seu tratamento clínico ou em tratamentos futuros.

Benefícios: possíveis benefícios para si incluem o valor de reflectir sobre a medicação que realiza e os conhecimentos que possui sobre os mesmos. Vai ter a oportunidade de discutir estes tópicos com uma enfermeira interessada. Pode também experimentar alguma satisfação por participar num estudo que pode ajudar a determinar se os idosos estão informados sobre a medicação que realizam e possíveis interações medicamentosas com a medicação que realiza.

Alternativas: tem sempre a alternativa de não ser entrevistado ou parar a entrevista quando quiser. É livre para esconder qualquer informação, que prefira não discutir e pode recusar-se a responder a qualquer questão. Pode ainda participar nesta entrevista e recusar uma segunda.

Confidencialidade: os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade da sua entrevista será mantida e este estudo foi aprovado pela comissão pela Comissão de Ética para a Saúde dos HUC.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: o estudo não afectará de nenhuma forma o seu tratamento. Qualquer dúvida ou questão que poderá ter sobre este estudo pode ser colocada a Diana Afonso (Enf^a) através do número de telemóvel (961201600) ou do serviço (239400669; Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade de Queimados, Av. Bissaya Barreto 3000 – 075 Coimbra)

Coerção ou interrupção do depoimento: a sua decisão de participar ou não no estudo não irá interferir nos seus cuidados futuros nesta instituição. Se decidir participar pode ainda assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura.

Custos: a sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

Assentimento (Concordância): a sua assinatura indicará que concordou em participar no estudo, tendo lido e percebido a informação acima fornecida.

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

Data: __/__/200__